



Paridad en cuanto a salud mental según las leyes federales y de California

1. ¿Qué es la paridad en cuanto a salud mental?

La paridad en cuanto a salud mental implica igualdad de cobertura en cuanto a atención médica. Los planes de servicios de atención médica no pueden limitar la atención mental más que la física. Por ejemplo, la paridad prohíbe un límite máximo en la cantidad anual de consultas de atención mental ambulatoria si no existe el mismo límite máximo para la atención física ambulatoria. En California, la paridad en cuanto a salud mental es una exigencia de la Ley de paridad en cuanto a salud mental de California.ⁱ Las leyes federales también exigen paridad en cuanto a salud mental.ⁱⁱ

Paridad en cuanto a salud mental según las leyes de California

2. ¿Qué exige la Ley sobre paridad en cuanto a salud mental de California?

Los planes de servicios o seguros de atención médica deben cubrir la atención de personas con “enfermedades mentales graves” de la misma manera que cubren a otras personas con otros problemas médicos o enfermedades.

3. ¿La ley sobre paridad de California se aplica a todos los planes de salud?

No. Solo se aplica a los planes de servicios o seguros de atención médica regulados por el Estado. No incluye los planes “autofinanciados” de muchos sindicatos y empleadores de gran envergadura. No incluye programas federales de atención médica como Medicare, Medi-Cal ni programas de la Administración de Veteranos. Las leyes federales sobre paridad pueden aplicarse a algunos planes o programas que las leyes sobre paridad de California no cubren y que se detallan a continuación.

4. ¿Las leyes sobre paridad de California se aplican a los planes de salud individuales y de empleadores pequeños?

Sí, siempre que California regule el plan de servicios o seguros de atención médica. Esto incluye planes de servicios de atención médica individuales o pequeños, con menos de 50 afiliados.

5. ¿Qué son las “enfermedades mentales graves” según la ley de California?

La ley sobre paridad de California incluye un listado de “enfermedades mentales graves”. Comprende lo que la ley define como “perturbaciones emocionales graves del niño”. También especifica los siguientes diagnósticos como “enfermedades mentales graves”:

- a. Esquizofrenia;
- b. Trastorno esquizoafectivo;
- c. Trastorno bipolar;
- d. Trastornos depresivos graves;
- e. Trastorno de pánico;
- f. Trastorno obsesivo compulsivo;
- g. Trastorno generalizado del desarrollo o autismo;
- h. Anorexia nerviosa; y
- i. Bulimia nerviosa.

6. ¿Qué términos y condiciones deben ser iguales según las leyes sobre paridad de California?

La atención médica física como la mental deben ser iguales en cuanto a los siguientes aspectos:

- a. Beneficios vitalicios máximos;
- b. Copagos; y
- c. Montos deducibles.

7. ¿Las leyes sobre paridad de California exigen cobertura de salud mental?

Sí. Las leyes estatales exigen que los planes de servicios o seguros de atención médica regulados por el estado incluyan los siguientes beneficios para la salud mental:

- a. Servicios ambulatorios;
- b. Servicios para el paciente hospitalizado;
- c. Servicios de hospitalización parcial; y
- d. Medicamentos recetados en caso de que el plan cubra otros medicamentos recetados.

8. ¿Las leyes sobre paridad de California exigen toda la atención necesaria?

Sí. Las leyes de California exigen que los planes de servicios y seguros de atención médica “cubran... los tratamientos médicamente necesarios de enfermedades mentales graves”. El Tribunal de Apelaciones del Circuito 9 estimó que las leyes sobre paridad de California exigían un plan de seguros de salud para pagar un tratamiento domiciliario. (*Harlick c/Blue Shield of California*, 686 F.3d 699 (9th Cir. 2012), cert. denegado 133 S.Ct. 1492 (2013); comparar con *Rea c/Blue Shield of California* (2012 WL 2377405 (Cal. Super. del 13 de junio de 2012) (fallo que sostiene la excepción previa del defensor).

9. ¿Puedo quejarme si estoy en desacuerdo con una decisión sobre el plan de salud?

Sí. La ley estatal contempla varios procesos de reclamo.

- a. En primer lugar, puede presentar un reclamo ante su plan o plan de seguro de atención médica;
- b. Si está en desacuerdo con una decisión sobre el plan de salud o con la decisión de organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por su sigla en inglés) de Blue Shield o Blue Cross, puede comunicarse con el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por su sigla en inglés) al: 888-466-2219 o visite www.healthhelp.ca.gov;
- c. Si está en desacuerdo con una decisión sobre el seguro de atención médica (que no es una decisión de PPO de Blue Shield ni Blue Cross regulada por el Departamento de Seguros de California (DOI, por su sigla en inglés), comuníquese al: 800-927-HELP (4357) o visite www.insurance.ca.gov/0100-consumers

La paridad en salud mental según las leyes federales

10. ¿Las leyes federales sobre paridad se aplican a todos los planes de salud?

No. Las leyes federales sobre paridad se aplican a los siguientes tipos de planes de California:

- a. Planes de servicio o seguro de atención médica grupales con 50 afiliados como mínimo;
- b. Planes autofinanciados con 50 afiliados como mínimo, que pertenezcan a empleadores o sindicatos;
- c. Planes de atención médica administrados por Medi-Cal pero no los planes de salud mental del condado;
- d. Planes de beneficios alternativos de Medi-Cal, que incluyen las expansiones de Medi-Cal establecida por la Ley de Cuidado de Salud Asequible;
- e. Planes Healthy Families;

- f. Planes de Covered California, y los mismos planes ofrecidos fuera de Covered California.

Existen reglamentaciones independientes sobre paridad para el Programa Federal de Beneficios de Salud para Empleados (FEHB, por su sigla en inglés) y para el programa Medicare. Por lo tanto, las leyes federales sobre paridad pueden cubrir planes que las leyes sobre paridad de California no cubren y viceversa.

11. ¿Qué exigen las leyes federales sobre paridad?

Las leyes federales se aplican si un plan cubre una o más enfermedades relacionadas con la salud mental o el abuso de sustancias. En ese caso, las leyes federales prohíben los límites tanto "cuantitativos" como "no cuantitativos".

12. ¿Qué son los “límites cuantitativos”?

Estos límites se refieren a una cantidad. Incluyen lo siguiente:

- a. La frecuencia con la que se recibe atención médica;
- b. La cantidad de consultas;
- c. Los días de tratamiento.

13. ¿Qué son los “límites no cuantitativos”?

Estos límites no se refieren a una cantidad. Incluyen lo siguiente:

- a. Restricciones sobre medicamentos recetados que no se encuentran en el formulario de medicamentos aprobados del plan;
- b. El requisito de que se prueben ciertos medicamentos antes que se puedan recetar otros medicamentos más costosos ("tratamiento escalonado");
- c. El proceso de revisión de utilización, en el que se comparan las solicitudes de servicios médicos con lineamientos o criterios para determinar el servicio necesario.

14. ¿Las leyes federales distinguen entre tipos de beneficios de salud mental?

Sí. Los reglamentos federales exigen paridad entre seis tipos de beneficios. Son los siguientes:

- a. Hospitalizado, dentro de la red;
- b. Hospitalizado, fuera de la red;
- c. Ambulatorio, dentro de la red;
- d. Ambulatorio, fuera de la red;
- e. Atención médica de urgencia; y
- f. Medicamentos recetados.

Por lo general, los reglamentos federales exigen paridad entre estos tipos de beneficios. Por ejemplo, si un plan tiene un copago para pacientes hospitalizados, debe tenerlo para los beneficios de salud médica y mental o consumo de sustancias.

15. ¿Las leyes federales sobre paridad brindan definiciones de paciente hospitalizado, paciente ambulatorio y atención médica de urgencia?

No. Los planes definen estos términos, y pueden diferir de un plan a otro. Los reglamentos federales exigen que las definiciones sean coherentes con los estándares de la práctica médica reconocidos a nivel general. Esto significa que un estándar debe estar generalmente aceptado en la comunidad médica correspondiente. Las leyes o los lineamientos estatales pueden definir estos términos. Los planes deben aplicar uniformemente los términos tanto para los beneficios médicos/quirúrgicos como para los beneficios para la salud mental o el consumo de sustancias.

La atención de “enfermedades mentales graves y persistentes” basada en evidencias ⁱⁱⁱ pueden requerir “tratamientos que consistan en farmacoterapia, tratamientos psicológicos de apoyo y, **a menudo, servicios de rehabilitación**” durante períodos prolongados. (Registro Federal, Vol. 75, N° 21, 2 de febrero de 2010, en 5422 (énfasis añadido). Los servicios de rehabilitación son uno de los beneficios que exige la Ley de Cuidado de Salud

Asequible (ACA, por su sigla en inglés). Por lo tanto, es posible que los planes deban prestar servicios de rehabilitación para salud mental, conforme a la ACA. Asimismo, las leyes de California sobre paridad se interpretaron como que exigen la prestación de toda la atención médicamente necesaria, lo que incluiría los servicios de rehabilitación para salud mental.

16. ¿Existe un proceso de reclamo contemplado por las leyes federales sobre paridad?

Sí, puede comunicarse con las siguientes agencias gubernamentales:

- a. Para planes autofinanciados ofrecidos por empleadores privados o sindicatos: Departamento de Trabajo de los EE.UU.: 1-866-444-3272, o <https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>;
- b. Para planes autofinanciados ofrecidos por gobiernos estatales y locales o iglesias: Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.: 1-877-267-2323, interno 61565 o phig@cms.hhs.gov.
- c. Para planes de servicios o seguros de atención médica: Las agencias estatales mencionadas anteriormente.
- d. Si cuenta con el Programa Federal de Beneficios de Salud para Empleados (FEHB, por su sigla en inglés), siga los procedimientos de apelación del plan y comuníquese con la Oficina de Administración de Personal (OPM, por su sigla en inglés). Para obtener más información véase: <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/contact-healthcare-insurance/>.

Comparación de las leyes sobre paridad en cuanto a salud mental de California con las federales

17. ¿Cuándo se implementaron las leyes sobre paridad en cuanto a salud mental?

La Ley federal sobre paridad en cuanto a salud mental se implementó en 1996. En 2008, se amplió en virtud de la Ley sobre paridad en cuanto a salud mental y adicciones Wellstone – Domenici. La Ley sobre paridad en cuanto a

salud mental de California se sancionó en 1999 y rigió la cobertura de enfermedades mentales graves.

18. ¿Cómo se compara la paridad establecida en la ley federal con la de la ley de California?

Las leyes federales sobre paridad por lo general cubren los planes de salud que cuentan con 50 afiliados como mínimo. En cambio, las leyes de California se aplican a todos los planes regulados por el estado.

19. ¿Las leyes federales y de California sobre paridad presentan otras diferencias?

Sí. Las leyes de California exigen paridad en cuanto a enfermedades mentales específicas. La ley federal se aplica solamente si un plan cubre una o más enfermedades relacionadas con la salud mental o el consumo de sustancias. En el caso de ser de aplicación, las leyes federales prohíben límites tanto "cuantitativos" como "no cuantitativos".

20. ¿Es necesario coordinar la atención necesaria para los servicios que no son médicos?

Sí. Es posible que las personas con enfermedades mentales necesiten servicios de apoyo. Una agencia de supervisión de paridad en cuanto a salud mental de California informó que estos servicios pueden incluir:

- a. Ayuda a los ingresos;
- b. Capacitación laboral;
- c. Vivienda y
- d. Ayuda en la vida cotidiana.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California exige que los planes:

- a. Controlen lo que las personas reciben de toda la red de atención médica;

- b. Identifiquen a las personas que podrían aprovechar la administración de casos; y
- c. Ayuden a las personas a recibir apoyo más allá de los beneficios del plan.^{iv}

21. ¿Dónde puedo llamar para obtener más información?

Para obtener más información, puede llamar a su plan de servicios de atención médica. También puede comunicarse con Disability Rights California al: 1-800-776-5746.

¡Queremos saber su opinión! Después de leer esta hoja informativa, complete esta breve encuesta y dénos su opinión.

Versión en inglés: <http://fs12.formsite.com/disabilityrightsca/form54/index.html>

Versión en español:

<http://fs12.formsite.com/disabilityrightsca/form55/index.html>

La Autoridad de Servicios de Salud Mental de California (CalMHSA) es una organización de los gobiernos del condado que trabajan para mejorar los resultados de la salud mental para individuos, familias y comunidades. Los programas de Prevención e Intervención Temprana implementados por CalMHSA están financiados por los condados a través de la Ley de Servicios de Salud Mental aprobada por votación (Prop. 63). La Prop. 63 proporciona el marco y la base necesaria para llevar los servicios de salud mental a sectores que antes carecían de ellos y a las diversas comunidades de California.

ⁱ Ver el Código de seguros de California: § 10144.5; Código de salud y seguridad de California: § 1374.72.

ⁱⁱ Ver la Ley de Paridad en la Salud Mental y Adicciones de Paul Wellstone y Pete Domenici de 2008, Derecho público 110-343; 26 C.F.R. § 54.9812.1T; 29 C.F.R. § 2590.712; 45 C.F.R. § 146.136.

ⁱⁱⁱ Los términos legales mencionados en el presente documento reflejan el lenguaje utilizado en la ley vigente y no significan necesariamente que Disability Rights California ni el Proyecto de Reducción del Estigma y la Discriminación promuevan el uso de dicha terminología, que podría perpetuar la estigmatización.

^{iv} Véase DMHC, “Mental Health Parity Focused Survey Final Report Blue Cross of California, Inc.” (22/11/05), p.15.

